LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Pratiques accessoires de l'hydrothérapie, par le Dr E. Verrier, 566. — **Bibliographie** : Les mesures sanitaires au marché aux bestiaux et aux abattoirs de la Villette, par le Dr E. Cauchemez, 567. — **Académie des sciences** : *Séance du 17 août* 1896. — Présidence de M. Marey, 568. — Contribution à l'étude de la coagulation du sang, 568. — Influence de certains agents sur les propriétés bactéricides du sang, 568. — Sur les réfractions extraordinaires observées au bord des lacs et connues sous le nom de « Fata Morgana », 569. — **Académie de médecine** : *Séance du 25 aout.* — Présidence de M. Hervieux, 569. — Mort de M. Lagneau, 569. — Rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales, 569. — De la dépopulation de la France, 571. — L'aïnhum et la lèpre, 571. — **Congrès français de médecine**, 572. — Troisième session tenue à Nancy du 6 au 11 août 1896, 572. — Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies, 571. — Méningisme et confusion mentale, 571. — Troubles trophiques des dents d'origine hystérique, 571. — Hémiplégie et mutisme hystérique, 571. — Maladie d'Addison avec absence congénitale des capsules surrénales, 571. — Sur un cas de myxœdème congénital traité par la médication thyroïdienne, 573. — De la conductibilité des sons dans les différents stétoscopes, 573. — Note sur un signe particulier de la pleurésie sèche diaphragmatique, 573. — Sur l'auscultation des pleurétiques, 573. — De la simulation de la tuberculose pulmonaire par certaines infections bronchiques aiguës, 573. — Pathogénie et variétés cliniques de l'ascite paludéenne, 574. — De quelques particularités des verrues, molluscums et végétations, 574. — Calcul stomacal volumineux, 574. — Transmissibilité du cancer à l'animal. Application à la sérothérapie du cancer, 574. — Le pronostic des albumimuries, 574. — **Nouvelles**, 580

CLINIQUE MÉDICALE

Pratiques accessoires de l'hydrothérapie

par le Dr E. Verrier.

Parmi les pratiques accessoires qui précèdent ou suivent la douche, on comprend : 1° *le massage* ; 2° *la gymnastique* ; 3° *les différents sports.*

Nous allons donner successivement un rapide aperçu de ces trois pratiques.

1° Le *massage.* — Le massage comprend plusieurs manœuvres dont les principales sont :

L'effleurage, la pression graduée, le pétrissage, les malaxations, la percussion, la hachure et les mouvements accessoires. On peut y ajouter certaines manœuvres applicables à l'entorse et aux affections des nerfs périphériques.

a). *L'effleurage.* — L'effleurage est une friction légère faite avec le plat de la main ; c'est une caresse allant de la périphérie au centre. (Dr T. de la Joncheraie).

Elle a pour but de réchauffer la région, qu'elle prépare aussi à recevoir un massage plus complet, où pour faciliter la réaction après la douche. On l'emploie dans les entorses, les contusions et l'empâtement des tissus.

L'effleurage se fait, suivant les cas, avec l'extrémité du pouce ou la pulpe des doigts. Il est profond.

Lorsqu'on veut lui donner moins d'énergie, on agit avec la paume de la main, ou avec les éminences thénar ou hypothénar.

b). *La pression graduée.* — La pression graduée est une manœuvre très efficace qui agit sur les parties profondes. Elle se fait comme la précédente avec les doigts ou la paume des mains, mais en pressant d'avantage et pour ainsi dire peu à peu, graduellement.

Le *foulage* est une pression graduée, exécutée avec le pouce et l'index. Il est plus douloureux que la pression graduée simple.

Lorsqu'il s'agit d'opérer sur l'estomac dans les cas de dilatation ou sur l'intestin, dans les cas divers que réclame cet organe, on agit avec le poing fermée.

Cette manœuvre peut, pour la dilatation stomacale et certaines dyspepsies, être remplacée avec avantage par la douche épigastrique en colonne horizontale suivie d'une douche générale en jet brisé.

c). *Le pétrissage.* — Il consiste en pressions alternatives sur les parties molles exécutées avec la face palmaire de la main. On l'emploie sur les masses musculaires épaisses comme les muscles fessiers, ceux des cuisses, des mollets, des bras ; lorsqu'on arrive près des tendons, on pratique le pétrissage avec les deux pouces. Loin d'être douloureuse, cette manœuvre si utile détermine un engourdissement anesthésique qui facilite une plus énergique intervention.

On peut aussi, lorsqu'on a affaire à un petit muscle atrophié, recourir à un pétrissage de ce muscle entre le pouce et les autres doigts de la même main.

Les professionnels nomment cette manœuvre : le *pincement.*

d) *Les malaxations.* — Ces malaxations ne sont que

des variétés de pétrissage plus étendues que l'on applique à la suite de grands traumatismes, par exemple après une fracture du fémur, lorsqu'il reste de l'engorgement, de l'empâtement autour du col ou parfois de l'adhérence de la peau.

On se sert alors des deux mains, mais au préalable on a commencé par le pétrissage tel que nous l'avons décrit et qui suffit souvent à rendre aux parties leur volume normal et leur souplesse.

On emploie aussi les malaxations dans le massage gynécologique, mais au lieu de se servir du toucher et du palper combinés, d'après la méthode du Dr Norstrœm, on peut se servir d'un instrument inventé par le Dr Archambaud pour remplacer le toucher dans le massage de l'utérus.

e) *La percussion, la hachure.* — Il s'agit, dans cette forme du massage, de petits coups portés, avec plus ou moins de force, à l'aide de l'extrémité des doigts ou du talon de la main sur les tissus que l'on soumet ainsi à un véritable martelage ; on l'appelle aussi le tapotement.

La hachure n'est qu'une percussion pratiquée avec le bord cubital de la main.

De même les *vibrations* et les *secousses* imprimées aux muscles par une succession rapide de contractions sont destinées à amener la résorption des épanchements et à diminuer la douleur.

Quelques masseurs ne se contentent pas de la main ; ils se servent de divers instruments. Nous les repoussons tous comme inutiles et souvent dangereux.

f) *Des mouvements accessoires.* — Il peut être utile de faire exécuter au malade des mouvements des membres qui complètent l'action du masseur. Ce sont des mouvements *actifs*. Quant aux mouvements *passifs*, c'est le masseur lui-même qui, saisissant le membre auquel il veut communiquer des mouvements, les fait faire au malade.

Ces différents mouvements favorisent la circulation, assouplissent les ligaments. Ils sont surtout utiles dans les affections des articulations, l'entorse, les luxations récentes et réduites, ce qui n'empêche pas l'emploi d'un massage spécial, notamment pour l'entorse, dont nous donnons plus loin le procédé. Enfin certains masseurs commandent certains mouvements actifs à l'exécution desquels ils s'opposent comme pour juger du degré de résistance musculaire.

g) *Le massage dans l'entorse.* — C'est par l'entorse que le massage moderne a commencé et a donné de bons résultats.

Un vétérinaire de l'armée, M. Gérard, il y a une trentaine d'années, en avait fait une véritable panacée pour tous les cas de foulures, d'entorses, si fréquents dans la cavalerie.

Des rebouteurs, des médicastres s'étaient emparés du procédé, de sorte que les médecins instruits avaient dédaigné de s'en servir.

Mais les succès obtenus ont fini par décider des hommes de valeur à l'étudier, le régulariser et s'en servir.

M. le Dr Lebâtard, entre autres, en a décrit la technique et c'est celle que nous adoptons dans notre pratique.

Il se compose d'abord de tractions énergiques sur le tendon d'Achille suivies de pressions dirigées du bord externe au bord postérieur des malléoles, de mouvements de va et vient imprimés sur le gros orteil.

On complète par des pressions de bas en haut, le long du tendon d'Achille, jusqu'au mollet, et de fortes pressions sur le dos du pied, en contournant d'avant en arrière chaque côté de l'articulation.

Dans les cas les moins graves, on peut se contenter de frictions légères pendant 10 à 15 minutes, puis des pressions d'abord faibles, ensuite énergiques, partant des orteils pour aller jusqu'au tiers supérieur du tibia. C'est aussi dans ce cas que les mouvements actifs ou passifs dont j'ai parlé plus haut sont utiles.

Toutes les séances seront proportionnées à la tolérance du malade. Elles ne dépasseront pas un quart d'heure et devront être suivies d'une douche générale froide au jet brisé.

h) *Importance de l'hydrothérapie et du massage dans les maladies nerveuses.* — De l'aveu de M. Bouneville, aucun traitement n'est plus propre à combattre les affections du système nerveux que l'hydrothérapie.

Nous pouvons ajouter que dans un grand nombre de cas le massage est le complément indispensable de la douche.

C'est surtout dans les névrites périphériques que le massage peut arriver à ramener les fonctions du nerf lésé.

On aura recours dans ces cas à l'effleurage et aux différentes formes de pression sur le trajet accessible du nerf.

Dans les névralgies, notamment dans la névralgie sciatique, on donnera la préférence à l'aquapuncture et on complètera la guérison à l'aide d'un massage progressif, d'après la susceptibilité du sujet. Parfois il faut, dans les cas rebelles, non pas pratiquer l'élongation chirurgicale du nerf, qui est reconnue aujourd'hui comme une opération au moins inutile, mais une sorte d'élongation non sanglante, pour laquelle après avoir endormi le malade, on fléchit la cuisse sur l'abdomen et on étend la jambe au point que l'extrémité des orteils s'approche le plus possible du visage du patient.

Les autres névralgies se trouvent également bien du massage, bien que, pour celles du tronc, la manœuvre soit plus difficile à pratiquer.

Certaines affections nerveuses, qui paraissent, de veu général, au-dessus des ressources de l'art, peu- nt être sinon guéries, du moins soulagées par le assage, telle que la maladie de Parkinson, par emple. Certaines affections n'ont même pas d'autres ssources que le massage ou une gymnastique mé- odique, comme la crampe des écrivains. Dans les ralysies entraînant l'atrophie musculaire, ou au ntraire dans l'atrophie primitive amenant la para- sie, quelles qu'en soient les expressions cliniques les lésions pathologiques, on se trouvera bien du assage qui remédie à l'atrophie des muscles.

C'est, du reste, le seul mode d'action pour la para- sie infantile.

On doit encore masser dans les différentes formes la chorée, sans négliger, dans toutes les affections ées plus haut, la douche en jets brisés.

Mais c'est surtout dans la neurasthénie et l'hystérie, elles qu'en soient les manifestations protéïques, e la douche en jet est indiquée.

Il va sans dire que si l'hystérie avait entraîné une ophie musculaire, on aurait recours au massage. pourrait encore l'appliquer à l'anesthésie ou à émianesthésie, quoique dans les anesthésies hys- iques la douche, et notamment la filiforme, réveille mirablement la sensibilité. Du reste, pour l'hys- ie, il ne saurait y avoir de règles fixes, attendu que suggestion réussit dans une foule de cas de perte s modes de la sensibilité Je crois que dans l'astasie- asie le massage donnerait le même résultat que ns l'atrophie hystérique, mais je n'ai point encore l'occasion de l'essayer. En tous cas les malades eront du massage général un bénéfice certain pour tonicité musculaire et les fonctions cutanées.

Notes. — Si, dans le lumbago, l'hydrothérapie aidée s révulsifs réussit sans l'intervention du massage, tte dernière manœuvre reprend toute sa valeur ns le torticoli avec le procédé de l'effleurage ac- mpagné de pressions diverses. On conseillera au alade d'exécuter des mouvements d'extension, de xion, de latéralité dans la mesure du possible, pour ler les mouvements imprimés par le masseur.

Depuis quelque temps, nous employons le massage l'estomac après la douche dans la dilatation de viscère, réservant la douche épigastrique pour les spepsies acides avec massage spécial, en rapport ec le chimisme stomacal. A cet effet, nous sui- ns la technique indiquée par le Dr Cautru pour massage superficiel ou profond de l'estomac (1).

Quant au massage des autres viscères et des par- s diverses du corps, comme nez, larynx, pharynx, eilles, etc., nous l'abandonnons complètement aux asseurs de profession.

(1) Th. de Paris, 1894, p. 27 et suiv.

BIBLIOGRAPHIE

Les mesures sanitaires au marché aux bestiaux et aux abattoirs de la Villette, par le Dr E. Cauchemez, in-8°. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1896.

Pour bien montrer aux élèves combien les mesures d'hygiène publique et privée prennent chaque jour un développement plus considérable, M. le profr Proust a coutume de conduire chaque semaine les étudiants, qui assistent au cours d'hygiène de la Faculté, visiter les établissements qui, par leur situation, leur productions ou les précautions qui y sont prises, peuvent intéresser le monde médical.

Au cours d'une de ces visites, faite au marché aux bestiaux de la Villette, le Dr Cauchemez a été frappé de l'importance des mesures employées pour assurer le bon état sanitaire des animaux qui pénètrent sur le marché, pour veiller à la prophylaxie des maladies contagieuses, et pour assurer l'assainissement des vastes espaces et des lieux occupés par les animaux. Il a admiré la façon dont sont désinfectés tous les objets : wagons, parcs, auges, etc qui ont pu être souillés par les animaux. Enfin, aux abattoirs, il a vu avec quels soins sont examinés les viandes des animaux destinés à la boucherie et à la charcuterie, ainsi que les précautions prises, même alors que tous doivent être sacrifiés, pour éviter la contamination des animaux sains par les malades.

Aussi le Dr Cauchemez a-t-il eu l'idée de faire de l'étude de toutes ces mesures le sujet de sa thèse inaugurale.

Il a divisé son travail en deux parties. Dans un premier chapitre, il passe successivement en revue l'organisation générale du marché aux bestiaux de la Villette, les soins qui président à l'examen et au placement des bestiaux; il montre comment le service est assuré, et enfin il indique comment on procède à l'assainissement et à la désinfection des emplacements et des locaux occupés par les animaux. On comprendra l'importance de ce service lorsqu'on saura que dans l'intervalle de deux marchés il faut désinfecter 235,000 mètres de surfaces, murs et auges des étables, râteliers de bergeries, barrières d'attache, échelles pour placer les moutons, etc.

Dans ce premier chapitre le Dr Cauchemez étudie également la désinfection des wagons et des litières contenues dans ces wagons. Il semble théoriquement que ce service doive fonctionner d'une façon satisfaisante; mais dans la pratique il n'en est rien, et nous nous associons pleinement aux réserves que fait l'auteur sur ce sujet; nous pensons même qu'il aurait pu être plus affirmatif, car il est impossible le jour des grands marchés de faire la désinfection entre les arrivages des trains qui se succèdent sans relâche. Ce n'est pas au marché de la Villette que devrait être

faite la désinfection des wagons, c'est dans la gare des marchandises des différentes Compagnies de chemin de fer.

Dans le second chapitre, le Dr Cauchemez, suivant les animaux destinés à la boucherie dans leur passage du marché aux abattoirs, étudie l'organisation de ces derniers et indique comment et par qui est assuré le service d'inspection des viandes. A propos des viandes saisies, provenant d'animaux ladres ou tuberculeux, il parle de l'usage que l'on pourrait en faire pour l'alimentation à bas prix des malheureux. C'est ainsi que dans différentes villes d'Allemagne, à Berlin, à Lubeck, la viande des animaux affectés de tuberculose est stérilisée dans un appareil spécial, le désinfecteur de Rohrbeck, et vendue ensuite par morceaux de 250 gr. à 3 kilogr., à un prix inférieur d'un quart à celui de la viande ordinaire dans la localité.

Il eût été intéressant de connaître l'importance des saisies aux abattoirs de la Villette ; le Dr Cauchemez les passe sous silence. C'est là une lacune regrettable dans son travail; mais il n'en constitue pas moins un excellent exposé des mesures sanitaires appliquées au marché et aux abattoirs de la Villette, exposé que consulteront avec fruit tous ceux qu'intéresse cette grande question de l'alimentation parisienne.

Dr E. Deschamps.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 août 1896. — Présidence de M. Marcy.

Contribution à l'étude de la coagulation du sang. — MM. J. Athanasiu et J. Carvallo. On s'accorde à considérer le phénomène de la coagulation sanguine comme un procédé de défense de l'organisme contre les actions qui peuvent, à un moment donné, léser l'intégrité de l'appareil circulatoire. D'après l'opinion générale, le phénomène de la coagulation serait toujours dû aux éléments seuls du sang, sans aucune autre intervention organique.

Au cours de nos recherches sur le sang de peptone, substance qui, on le sait, rend le sang incoagulable, nous nous sommes demandé si les tissus de l'économie ne prenaient pas une part active à la restitution des propriétés qui manquent au sang des animaux peptonisés.

Ainsi qu'il a été démontré, les animaux qui ont reçu de la peptone deviennent, pour un temps plus ou moins long, réfractaires à l'injection d'une nouvelle quantité de cette substance. Cependant l'immunité, quoique réelle, n'est pas toujours absolue, car nous avons vu des animaux qui étaient encore sensibles à une seconde et à une troisième injection de peptone. Quoi qu'il en soit, ce que nous voulons signaler aujourd'hui, c'est que les modifications morphologiques observées par nous (1) dans le sang de peptone, et auxquelles nous attribuons la cause de son incoagulabilité, continuent à se produire à la suite de chaq injection, alors que la coagulation n'est plus influenc Dans ces conditions, s'il est vrai que les éléments figur du sang peptonique sont incapables de fournir par eu mêmes le ferment fibrine nécessaire à la coagulation, il f lait chercher ailleurs, et non pas dans le sang, l'origine ce principe. C'est alors que nous avons pensé que les d férents tissus, et spécialement le foie, pouvaient peut-ê se charger de cette fonction de suppléanc e. Ils sécréteraie pour cela une substance, jouissant des mêmes propriét que le ferment fibrine, laquelle se verserait dans le sang fur et à mesure que le besoin s'en ferait sentir.

Appuyés sur les recherches de M. Contejean, suiva lesquelles les extraits des divers tissus (foie, muscles, int tins, etc.), injectés à un animal de la même espèce, rend le sang incoagulable, nous avons voulu voir s'il en ser de même pour les tissus d'un animal peptonisé.

On prend le foie d'un chien qui a reçu de la peptone, moment où son sang récupère sa coagulabilité normale; fait un extrait à parties égales dans la solution physiolo que, puis, après l'avoir filtré, on l'injecte à un autre chi de la même taille; la mort de celui-ci se produit alors quelques instants par des coagulations intravasculaires. peut facilement se convaincre de cette coagulation *in vi* en sectionnant une veine mésentérique, d'où l'on retire c caillots, parfois longs de 5 et 6 centimètres. Ce même extra chauffé à 80°, perd ses propriétés coagulantes et rend, com à l'état normal, le sang pour longtemps liquide. Les extra de muscles, ainsi que d'autres organes, ne semblent p jouir de la même propriété.

Dans toutes nos expériences, les animaux ont reçu de p tites quantités de peptone (2 centigrammes par kilogramm suffisantes pour les immuniser. Une fois que leur sang venait coagulable, nous leur en donnions une nouvelle do de 20 centigrammes, dans le but de renforcer l'activité d phénomènes de suppléance.

Un seul point nous restait à déterminer : celui de sav si ces nouvelles propriétés du foie peptonique étaient du à une sécrétion spéciale de la cellule hépatique ou simp ment à l'accumulation des leucocytes dans le foie, par su de l'injection intra-veineuse de la peptone. Pour résou cette question, nous avons eu soin de n'employer que d foies pris au moment où les leucocytes reviennent dans sang dans les proportions normales. Les résultats ont to jours été positifs.

En présence de ces faits, nous croyons pouvoir co clure :

1° Que, à l'état normal, ce sont les éléments figurés sang et de la lymphe, de préférence les leucocytes, q fournissent le ferment fibrine nécessaire à la coagulati de ces liquides ;

2° Que, lorsque ces éléments sont empêchés par un moy quelconque (peptone) de remplir cette fonction, les tiss de l'organisme, spécialement le foie, se chargent de l suppléer.

Influence de certains agents sur les propriétés ba téricides du sang. — M. London. Continuant au lab ratoire de M. Loukianow mes recherches sur les propriét bactéricides du sang, j'ai étudié les agents suivants :

Inanition. — Des lapins ont été soumis à une privatio complète d'aliments pendant dix jours. Au bout de temps, les propriétés bactéricides du sang étaient disparu

(1) *Société de biologie*, nos 11, 18, 25 ; 1896.

notablement diminuées. L'alimentation normale fut tablie : à mesure que l'animal revenait a son poids nor-al, son sang recouvrait graduellement ses propriétés bac-ricides.

Ligature du canal cholédoque. — Cette opération a paru croître à un faible degré les propriétés bactéricides du ng.

Ingestion d'acide chlorhydrique. — Ce moyen, déjà tenté r Fodor, ne lui a pas donné de résultats positifs. Je crois oir observé que, à dose modérée, l'acide muriatique accroît propriétés bactéricides du sang, mais seulement un cer-n temps après l'ingestion. A faibles doses fréquemment pétées, l'acide chlorhydrique diminue ces propriétés.

Ingestion de bicarbonate de soude. — C'est seulement à suite de petites doses fréquemment répétées que les pro-étés bactéricides du sang s'élèvent au-dessus de la nor-le. Ces résultats concordent avec ceux de Fodor.

La saignée aiguë, non plus que l'*ablation des testicules*, modifient pas sensiblement les propriétés bactéricides du g.

Sur les réfractions extraordinaires observées au bord s lacs et connues sous le nom de « Fata Morgana ».

M. André Delebecque. M. Forel, le savant professeur Lausanne, a appelé l'attention de l'Académie (1) sur les férentes réfractions qui se produisent à la surface des s et dont l'une des plus extraordinaires, observée depuis gtemps au détroit de Messine, est connue sous le nom *Fata Morgana.*

lle est, d'une manière générale, caractérisée par ce fait les objets situés sur la rive opposée du lac semblent gulièrement étirés dans le sens vertical ; les rochers, les rs, les maisons paraissent transformés en d'immenses structions, dont les Italiens ont fait les palais de la fée rgana. Les *Fata Morgana* sont un phénomène extrême-nt instable et qui ne dure, en général, que quelques utes ; lorsqu'il cesse, l'objet, dont les dimensions ver-les étaient si agrandies, prend souvent des proportions rêmement réduites. Comme M. Forel l'a constaté avec , les *Fata Morgana* n'occupent qu'un segment limité et pétuellement variable de l'horizon ; tout à côté d'elles, roduisent fréquemment des réfractions d'un ordre tout rent. Je ne les ai observées sur le Léman que par des ps calmes, et lorsque la température de l'air est nota-ment plus chaude que celle du lac ; mars, avril et mai les mois où elles sont les plus belles.

lusieurs savants, parmi lesquels je citerai de Humboldt, ltmann, Charles Dufour, ont parlé des *Fata Morgana* ; s, jusqu'à présent, on n'en a pas, à ma connaissance, né d'explication satisfaisante ; car, dans le cas où l'air plus chaud que l'eau du lac, nous observons tantôt les *a Morgana*, tantôt, et le plus souvent, le mirage connu s le nom de *mirage sur eau froide*, et qui a été fort étudié par Bravais (2) ; dans ce dernier mirage, les ts éloignés ont leurs dimensions verticales réduites. Il ble singulier que les mêmes conditions thermiques isent donner naissance à deux mirages diamétralement osés. Voici comment je crois pouvoir expliquer cette malie apparente.

En observant maintes fois les *Fata Morgana* avec une lunette puissante, j'ai constaté que, en réalité, les objets ne sont pas agrandis, mais qu'il se produit plusieurs images superposées du même objet, qui sont tantôt directes, tantôt renversées. J'en ai compté jusqu'à cinq. Comme ces images sont, en général, très rapprochées, que parfois même elles empiètent l'une sur l'autre, il est très difficile de les séparer à l'œil nu, et elles donnent l'illusion d'un objet agrandi. Parfois, une partie seulement de l'objet donne naissance à des images multiples. Ainsi j'ai vu souvent des barques avec deux coques, les voiles ne présentant rien d'extraordinaire : quelques instants plus tard, il ne restait plus qu'une coque et les voiles paraissaient gigantesques.

Il semble résulter de ces observations que les *Fata Morgana* ne sont qu'un mirage à images multiples.

L'analyse mathématique peut d'ailleurs rendre compte des faits observés. Dans sa Notice sur le mirage (1), Bravais démontre la possibilité de trois images, dans le cas où « une couche d'air chaud vient se superposer plus ou moins « brusquement à une couche d'air froid, et lorsque le « calme subséquent de l'atmosphère permet à ces deux « nappes de subsister quelque temps dans cet état ». Mais ce sont là précisément les conditions qui sont remplies pendant l'apparition des *Fata Morgana*, puisque, comme je l'ai dit plus haut, il est nécessaire, pour que le phénomène se produise, que l'air soit très calme et notablement plus chaud que l'eau. Cette existence de trois images n'est qu'un cas particulièrement simple des *Fata Morgana*. J'ai essayé d'expliquer par l'analyse la production des cinq images que j'ai observées, mais j'ai été arrêté par la complication des calculs.

Bravais montre aussi comment, dans le cas de trois images, certaines parties seulement d'un objet donnent lieu à des images multiples : ce phénomène se produit également, comme on l'a vu.

Enfin, si l'on réfléchit que deux couches d'air de densité très différentes ne peuvent rester longtemps superposée l'une à l'autre sans se mélanger, on se rendra facilement compte de l'instabilité du phénomène, et l'on comprendra pourquoi les *Fata Morgana* et le mirage sur eau froide peuvent se succéder si rapidement dans la même région du lac.

(1) *Comptes rendus*, t. CXXIII, p. 161 ; 20 juillet 1896.

(2) Bravais, *Notice sur le mirage* (*Annuaire météorologique de rance*, p. 256 ; 1852).

(1) Bravais, *loc. cit.*, p. 264.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août. — Présidence de M. Hervieux

Mort de M. Lagneau. — M. Hervieux annonce, au début de la séance, la mort de M. Lagneau, survenue presque brusquement avant-hier, surprenant douloureusement tous ceux qui connaissaient l'homme et le savant.

Rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales. — M. J.-L. Championnière. On admet, d'une manière générale, que l'amaigrissement, en vidant les orifices fibreux de la graisse qui les comble, peut favoriser la formation des hernies. Bien que le fait soit exact, M. Championnière estime et a démontré que l'accumulation de la graisse est une cause bien autrement puissante de formation des hernies de toutes sortes.

La graisse qui s'accumule au niveau des anneaux et à leur voisinage sous le péritoine est, sur le vivant, à l'état liquide. Elle est toute prête à forcer ces anneaux, en transmettant intégralement la pression qu'elle reçoit. En outre, elle est rattachée au péritoine par des faisceaux fibro-cellulaires qui tiraillent ce péritoine et tendent à l'entraîner. Enfin, la graisse sous-péritonéale accumulée remplit réellement l'abdomen qui devient trop étroit pour l'expansion des viscères qu'il contient et les chasse en masse, en quelque sorte, vers les orifices affaiblis par la graisse.

Quelle que soit du reste l'interprétation théorique, on constate le développement des hernies chez les jeunes sujets en voie d'engraissement pour toutes les variétés de la hernie. Pour la hernie épigastrique, déjà bien des auteurs avaient admis que la graisse jouait un rôle capital dans sa genèse. En outre, chez les opérés de la chirurgie abdominale, la production des éventrations est en coïncidence manifeste avec l'engraissement si commun chez eux.

M. Championnière a donné de tous ces faits des preuves qu'il serait facile de multiplier et dont il a pu constater la réalité dans ses nombreuses opérations de cure radicale de hernie. Il estime que, même en dehors de la cure radicale, les faits sont si communs et si importants pour la thérapeutique qu'il est singulier qu'on n'y ait pas jusqu'ici prêté plus d'attention.

En effet, d'abord chez les jeunes sujets, on doit s'attacher à la prophylaxie de l'engraissement pour des raisons multiples, mais aussi pour éviter les hernies.

Les exercices gymnastiques, surtout les exercices d'équilibre doivent être favorisés. On devra seulement éviter pour eux ceux des exercices athlétiques qui exigent les efforts les plus violents ou les longues suspensions du corps.

Le régime de ces sujets est très important. Il est inutile de le surcharger de viande ainsi qu'on le fait habituellement. La viande associée à une nourriture végétale favorise évidemment l'engraissement et il y a plus d'avantages à rationner le sujet qu'à l'encourager à consommer d'une façon exagérée les matières azotées.

La réduction de la boisson, au cours du repas, joue un rôle trop connu pour qu'on y insiste ; mais l'alcool, dont on ne s'occupe pas assez en général, prend une part considérable à cet engraissement, et sa suppression est absolument indiquée, quelle que soit sa forme du reste. Beaucoup de sujets cessent d'engraisser aussitôt qu'on leur a supprimé le vin et les liqueurs.

Au régime alimentaire il faut joindre les soins qui concernent l'évacuation des matières. Le sujet doit aller régulièrement à la selle. Des purgatifs légers fréquents doivent assurer l'évacuation complète de l'intestin. Les évacuations incomplètes et une sorte d'auto-intoxication par les résidus favorisent l'engraissement.

Les fonctions de la peau doivent être assurées par les bains d'air sec ou de vapeur. La régularité des fonctions du rein est de toute nécessité ; c'est ce qui explique le bénéfice tiré de l'emploi des eaux (Vittel, Evian, Contrexeville, etc.) ou des eaux qui peuvent aider à l'évacuation du sable et des urates.

Ce qui est vrai des sujets jeunes, menacés par l'engraissement du développement d'une hernie quelconque, est plus vrai encore des opérés de chirurgie abdominale dont l'engraissement doit amener des éventrations. S'ils ne peuvent pas adopter une gymnastique aussi violente que celle des jeunes sujets, au moins doivent-ils rechercher le mo ment et les exercices nécessaires. Aucun exercice ne jouer dans le développement des éventrations un rôle parable à celui des efforts de défécation ou des convuls de la toux ; on doit s'appliquer à éviter ceux-ci bien qu'à immobiliser le sujet.

Chez ces opérés, les soins des évacuations sont bien nécessaires encore, le régime est particulièrement diff à établir. Le séjour au lit et le sommeil prolongé sous texte de forces à reprendre doivent être déconseillés.

Enfin, la tendance à l'engraissement peut être telle puisse y avoir des avantages sérieux à employer des m caments déterminés.

Chez le sujet jeune et obèse on doit toujours exan les anneaux pour vérifier même en l'absence de tout sy tôme s'il n'existe pas de hernie.

La hernie découverte, il faut savoir que ces sujets plus susceptibles de récidive que les sujets maig M. Championnière estime même qu'il faut bien se ga d'opérer à la légère tout sujet en charge de graisse. I de préparation ou de précaution on peut lui faire une ration absolument inutile.

Au cours de l'opération il faut supprimer toute la gr qui occupe la région ou son voisinage.

Après l'opération il faut suivre l'opéré de très près prévenir le retour de l'engraissement.

Pour le sujet jeune, comme et surtout pour les suje teints d'éventration, il peut être absolument nécessa faire suivre un traitement préalable pour l'amaigrisse

On peut le mettre ainsi dans de bonnes condition lieu de mauvaises ; on peut même arriver à rendre rables des sujets chez lesquels toute opération aura dangereuse et inutile. Par ses soins multiples, M. Cha nière a obtenu d'excellents résultats.

Enfin chez les hernieux obèses pour lesquels il n'y d'opérations raisonnables à proposer, le traitement p peut tirer du traitement de l'obésité des ressources co rables.

M. Championnière a observé des sujets dont la sit était véritablement intolérable avec des herniers irré bles, dans l'impossibilité d'appliquer même un appa soutien et voyant leur hernie grandir sans cesse e cesse plus pénible. En leur faisant suivre un régime d'après les principes énumérés ci-dessus, en leur pres des purgations répétées, en évacuant l'intestin rég ment, méthodiquement, M. Championnières a pu leur une vie très tolérable. Il y a plus, certaines hernies fait irréductibles et douloureuses sont devenues peu bles, une portion considérable de la hernie a pu deve ductible et certains de ces sujets ont fini par tolér bandages qui leur ont apporté un véritable soulagem

Ces notions relatives au rôle de la graisse dans la p logie des hernies a, selon M. Championnière, une tance capitale ; il est impossible de la méconnaître traitement radical des hernies à tous les âges et dan leurs formes. Il faut même, au cours de l'opération r ne pas oublier les conditions anatomiques spéciales graisse exubérante, chargée de vaisseaux relativem portants. Souvent les résultats de l'opération et ce complications tiennent à la méconnaissance de ces tions anatomiques.

M. Tillaux fait observer que les faits qui vie

d'être signalés sont bien connus depuis longtemps des chirurgiens : Roser, entre autres, en avait parlé. A part la hernie inguinale congénitale, presque toutes les hernies reconnaissent la graisse comme cause initiale déterminante.

M. Lucas-Championnière a fait des recherches bibliographiques sur ce sujet, mais il n'a pas trouvé grand'chose, sauf en ce qui concerne la hernie épigastrique.

M. Tillaux. Il est toujours désagréable de parler de soi. Cependant je dois dire que, dans mon *Traité d'anatomie*, ces notions sont indiquées tout au long depuis des années.

De la dépopulation de la France. — M. Javal signale l'existence de ligues malthusiennes en Hollande, en Angleterre et en France et celle de ligues néo-malthusiennes. La signification du mot malthusianisme a été détournée de son sens réel. Malthus se bornait à conseiller de ne pas se mettre en ménage avant d'être certain de pouvoir nourrir ses enfants. Le néo-malthusianisme répond, au contraire, à ce qu'on a l'habitude de désigner sous le nom de malthusianisme. Il engage ses adhérents à limiter le nombre des enfants.

D'accord avec M. Robin, de Cempuis, dont il reconnaît l'honorabilité et dont il loue les convictions, M. Javal est d'avis que la fortune d'un pays réside non seulement dans le nombre en habitants, mais encore dans leurs qualités physiques et morales. Il est certain que des enfants mis au monde dans la misère, mal alimentés, mal instruits, sont moins bien armés que les autres pour la lutte de la vie. On peut, à la rigueur, s'habituer au manque de vêtements, aux mauvaises conditions hygiéniques de l'habitation, mais ce quoi on ne peut s'accoutumer, c'est au manque de nourriture. Or il existe de très nombreuses familles qui se nourrissent d'une façon insuffisante. C'est là un très grand malheur au point de vue social.

Pour résoudre le problème du paupérisme, on a proposé bien des solutions. Les socialistes déclarent qu'il n'y a pas de raison pour que les uns manquent de tout alors que les autres ne manquent de rien et ils proposent de nourrir les enfants en commun. Cette solution doit être écartée, car elle grèverait le budget d'un milliard.

Il n'y a qu'une solution acceptable, c'est de frapper fortement ceux qui n'ont pas ou qui ont peu d'enfants et qui, dans l'état actuel des choses, échappent à la plupart des charges. C'est ainsi que, si un père a un enfant chétif exempté de service, il paie la taxe militaire. Au contraire, celui qui n'a pas d'enfant ne paie rien. C'est là une offense au sens commun. Un fils unique hérite à peu de frais des propriétés de ses parents. Il peut s'emparer des valeurs mobilières qui échappent au fisc. Si, au contraire, il y a plusieurs enfants, les frais d'héritage deviennent énormes. En présence du péril certain créé par les ligues néo-malthusiennes et des nouvelles lois fiscales qui ne tiennent aucun compte des charges de famille, il faut reconnaître que les impôts écrasant les familles nombreuses font un mal énorme et rendent illusoires les institutions de prévoyance et le dévouement du corps médical.

L'aïnhum et la lèpre. — M. H. de Brun (de Beyrouth) ne partage pas l'opinion défendue par M. Zambaco et admet, avec la grande majorité des auteurs qui ont pu étudier ces deux affections, que la lèpre et l'aïnhum constituent deux maladies bien distinctes l'une de l'autre. Quelques cas de mutilation aïnhoïde dans la lèpre, quelques rares cas d'aïnhum avec troubles trophiques concomitants sont les principaux arguments que font valoir les unicistes. Mais d'une part, les cas de constriction circulaire dans la lèpre sont excessivement rares, et d'autre part ils siègent toujours *aux doigts* et s'accompagnent constamment d'autres manifestations morbides indiquant : les unes, une infection plus ou moins profonde du sang par le virus lépreux (frissons, frissonnements, sensibilité du malade au froid, douleurs multiples, cachexie, etc.); les autres, une localisation de la maladie, soit au niveau des nerfs (anesthésie dans ses différents modes, paralysies, atrophies musculaires, grippe, épaississement uniforme ou noueux des nerfs périphériques, troubles trophiques divers, panaris analgésiques, maux perforants, etc.), soit au niveau de la peau (éruptions, nodosités) ou des muqueuses (tubercules lépreux, ulcération de la cloison, etc.)

On a cité des cas de lèpre localisée, pendant plusieurs années, à un pied ou à une main, mais ces cas sont loin d'être concluants; et, outre que la lésion n'y a pas revêtu la forme aïnhoïde, la maladie, même dans ces cas, a toujours conservé son caractère infectieux se traduisant d'une façon discrète, il est vrai, mais cependant appréciable.

Dans l'aïnhum, la constriction siège presque toujours sur le cinquième orteil, plus rarement sur le quatrième, plus rarement encore sur deux ou trois à la fois; jamais au niveau des doigts. Les cas dans lesquels les doigts ont été atteints, décrits sous le nom d'aïnhum indigène, aïnhum congénital, n'appartiennent pas à l'aïnhum, mais font partie du groupe des amputations congénitales. La lésion caractéristique de l'aïnhum débute par un petit sillon au niveau du pli digito-plantaire, sillon qui s'enfonce lentement, régulièrement, avec une inexorable opiniâtreté, et qui, après avoir étranglé circulairement la base de l'orteil, finit par l'amputer, sans s'accompagner d'ulcérations, de plaies, de fissures, d'hémorragie, de suppuration, sans retentissement général, et, le plus souvent, sans autre manifestation locale.

Reste le dernier argument des unicistes, tiré de l'existence, chez quelques rares malades atteints d'aïnhum, de troubles trophiques ayant une certaine analogie avec ceux de la lèpre. Ces faits ne prouvent pas l'identité des deux maladies. Ils prouvent simplement que l'agent pathogène de l'aïnhum peut provoquer, lui aussi, tout comme le bacille de Hansen, tout comme d'autres agents infectieux, soit par sa présence même dans la trame nerveuse, soit par les toxines qu'il sécrète, une altération matérielle et fonctionnelle des nerfs périphériques. Aller plus loin serait monopoliser au profit de la lèpre un ensemble de symptômes qui ne lui appartiennent pas en propre, qui ne lui appartiennent que quand et parce que ses nerfs périphériques sont intéressés, et qui peuvent appartenir également, au même titre et pour les mêmes raisons, à un grand nombre d'affections.

Nous ne savons rien encore de l'agent spécifique de l'aïnhum, et il est impossible de dire si la névrite qui le caractérise dépend comme la névrite pellagreuse, comme celle de l'alcoolisme, comme celle de l'ergotisme, d'une intoxication alimentaire ou d'une infection bactérienne. M. Zambaco ayant reconnu lui-même que le bacille d'Hansen est incontestable dans la lèpre mutilante pure, il paraît logique d'admettre que puisqu'on ne l'a pas trouvé dans l'aïnhum, l'aïnhum ne doit pas être considéré comme une lèpre mutilante.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Troisième session tenue à Nancy du 6 au 11 août 1896

Des applications des serums sanguins au traitement des maladies. — Rapport de M. ROGER (*suite*) (1).

Méningisme et confusion mentale. — MM. SÉGLAS et E. DUPRÉ. Certaines infections et intoxications présentent, dans leur cours, non seulement les accidents pseudo-méningitiques, indépendants de toute lésion saisissable, que l'un de nous a étudiés sous le terme de méningisme, mais encore des troubles intellectuels plus ou moins prolongés, curables ou mortels, et indépendants aussi de toute lésion cortico-méningée saisissable. Ces accidents, classés dans le cadre de la stupidité aiguë, du délire aigu, doivent être actuellement rattachés à la confusion mentale (Delasiauve, Chaslin). L'apparition simultanée, chez le même malade, des accidents de méningisme et de confusion mentale permet de distinguer une variété typhoïde ou pseudo-méningitique de confusion mentale : syndrome mixte, remarquable par la prédominance des signes somatiques sur les symptômes délirants, par les phénomènes de méningisme qui le spécifient, par la brusquerie du début, la fréquence de la fièvre et de l'amaigrissement, la gravité du pronostic et la difficulté du diagnostic avec les différentes formes de méningite.

Le syndrome peut survenir au cours des grandes infections, ou des intoxications, d'origine extérieure ou intérieure, ou à la suite de traumatismes, psychiques ou corporels, émotions, chutes, accouchements, opérations sur la sphère génitale de la femme, etc. Outre ces cas deutéropathiques, on peut observer l'apparition protopathique, en dehors de toute étiologie saisissable, du syndrome de méningisme et de confusion mentale, sous la forme d'un processus fébrile, de cause indéterminée, à terminaison variable, et indépendaut, ainsi que le démontre l'autopsie, de toute lésion méningo-corticale constante.

De grandes analogies étiologiques rapprochent ces faits des cas de polynévrite aiguë primitive : et la clinique réunit parfois sur les mêmes sujets, dans une évolution contemporaine, les syndromes de la polynévrite et de la confusion mentale : la même cause morbide attaque alors le système nerveux à la périphérie et dans les centres. Dans ces cas, l'enquête étiologique retrouve souvent les preuves d'un fonctionnement vicieux de l'appareil gastro-intestinal et hépatique. On peut constater alors, isolés ou associés, de la dilatation gastrique, de l'entéro-colite muco-membraneuse, de la fétidité de l'haleine, des phénomènes dyspeptiques invétérés, très variables dans leur intensité et leur expression; les urines peuvent renfermer de la glycose, de l'urobiline, de l'indican, des urates en excès, etc. Dans ces conditions, la moindre cause occasionnelle trouble l'équilibre instable du système nerveux chroniquement intoxiqué, et provoque l'éclosion des accidents. Ces faits mettent dans toute son évidence l'importance de l'auto-intoxication dans la pathogénie de l'aliénation mentale. Contre ces accidents, l'hydrothérapie tiède ou froide, la médication évacuante et diurétique, l'antisepsie intestinale, les émissions sanguines, légères et répétées, constituent les grandes lignes d'une thérapeutique que sanctionne la pratique, et dont les indications découlent directement de la pathogénie.

Troubles trophiques des dents d'origine hystérique. — M. PAUL SOLLIER. L'hystérie, qui peut amener des troubles trophiques dans tous les membres, peut en provoquer également sur les dents. Il s'agit d'une atrophie de la dent, atrophie qui commence par une érosion de l'émail, se montrant par petites places, de forme arrondie, à bords lisses, décroissant de la périphérie au centre, où la denture est mise à nu. Une fois que l'émail est ainsi disparu, sans carie sèche ni humide, la denture devenue très friable se désagrège, s'érode, se résorbe de plus en plus. Les nerfs mis à nu deviennent très douloureux spontanément et sous l'influence de tous les contacts. Le collet de la dent n'est presque pas attaqué ; la racine l'est plus rarement encore. Ce n'est qu'à la longue que ces parties sont touchées, s'altèrent et se désagrègent. L'auteur a observé ce trouble trophique dans deux cas où il y avait de l'anorexie hystérique de vieille date avec vomissements ayant duré très longtemps et ayant entraîné un état général des plus mauvais L'évolution se fit très rapidement et en quelques mois toutes les dents furent réduites en chicots douloureux qu'il fallut extraire. Il n'y a pas déchaussement de la dent et l'alvéole est sain. C'est uniquement la dent, l'émail d'abord, qui est atteinte. Rien n'enraye l'évolution de ce trouble trophique, pas même l'amélioration ou la guérison des autres phénomènes hystériques. C'est bien d'un trouble trophique qu'il s'agit, car dans les 2 cas des dents de sagesse non encore perçues parurent dépouillées en certains point de l'émail qui sans doute ne s'était pas développé. Il n'y a qu'une intervention possible, nécessitée par la douleur continue qui aggravent l'état nerveux et la difficulté de nourrir les malades qui ont tant besoin d'alimentation : c'est l'extraction de toutes les dents et l'application d'un appareil de prothèse.

Hémiplégie et mutisme hystérique. — M. FERRIERI observé dans son service d'hôpital un cas d'hémiplégie hystérique avec mutisme, chez un soldat du 22e régiment d'infanterie.

L'hystérie est loin d'être exceptionnelle dans l'armée. Le fait a été démontré par Duponchel et, en ce qui concerne les armées étrangères, par Oseretzkowsky, Janssen, Gilles de la Tourette. Elle se rencontre surtout chez les jeunes soldats où le changement d'habitude, la fatigue, la nostalgie, révèlent l'hystérie comme les autres tares pathogiques.

Maladie d'Addison avec absence congénitale des capsules surrénales. — M. A. RISPAL, de Toulouse. Les observations de maladie d'Addison avec absence de capsules surrénales constatée à l'autopsie sont considérées comme tout à fait exceptionnelles. Malgré nos recherches nous n'avons pu rassembler que deux cas de ce genre dont l'un appartient à Fletcher. Nous avons eu la bonne fortune d'observer un troisième cas chez un jeune homme de 24 ans qui, en l'absence de tout antécédent pathologique et sans cause connue, a été atteint de maladie d'Addison (mélanodermie cutanée et muqueuse, douleurs, amaigrissement, cachexie et asthénie progressives, troubles gastro-intestinaux) terminée par la mort au bout de 10 mois environ.

L'autopsie a révélé non seulement l'absence de toute lésion tuberculeuse viscérale, mais surtout la non-existence des deux capsules surrénales et l'intégrité parfaite des bra

(1) Voir *France Médical*, en 33 et 34.

ches et des ganglions du système nerveux sympathique abdominal.

Sur un cas de myxœdème congénital traité par la médication thyroïdienne. — M. SIMON présente un enfant de 5 ans, traité depuis 2 mois par la médication thyroïdienne et présentant déjà une amélioration appréciable. En outre des symptômes cardinaux du myxœdème, le malade présentait un arrêt marqué de développement, son poids ne dépassait pas 10 kilos. Sa taille était de 60 centimètres. Actuellement; sous l'influence du traitement thyroïdien énergique, l'enfant va beaucoup mieux, sa taille augmente sensiblement, etc.

De la conductibilité des sons dans les différents stéthoscopes. — MM. CASSAET et SÉGALAS, de Bordeaux, sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Comme l'avait observé Laënnec, la matière qui doit servir à la construction d'un stéthoscope doit être choisie de peu de densité ; à l'opposé des autres métaux, l'aluminium, pour cette raison, conduit les sons avec une grande intensité. Cette importance de la densité relève de la formule générale de vitesse de propagation des sons dans les divers milieux et le calcul prouve que dans l'aluminium elle est égale à celui des bois les meilleurs conducteurs, ce qui vient confirmer l'expérience.

2° A l'encontre de l'opinion de Laboulbène, la diminution de la masse d'un stéthoscope n'entraîne pas une diminution proportionnelle de la transmission du son ; elle paraît même l'améliorer légèrement.

3° Les stéthoscopes pleins, quelles que soient leurs formes, sont de mauvais instruments.

4° Dans les stéthoscopes rigides, la transmission s'epère par l'air inclus et non par la paroi. La perforation de l'instrument, quand elle est accompagnée d'une diminution sensible de sa masse, double ou triple son pouvoir de conductibilité.

5° Ce dernier ne relève pas de la longueur de la paroi. Comme les résonnateurs, les stéthoscopes conduisent diversement les sons, suivant les différences de volume d'air qu'ils contiennent, parce qu'ils peuvent alors se mettre à l'unisson de sons de tonalité différente. Il en résulte la nécessité de l'adaptation du volume d'air aux divers bruits à percevoir.

Ces considérations nous ont amené à décider la construction d'un stéthoscope à coulisse, basé surtout sur les variations de volume de la chambre à air et de manière qu'il puisse différemment s'accorder comme les résonnateurs physiques ; des difficultés de construction en ont, jusqu'à présent, retardé l'expérimentation.

Note sur un signe particulier de la pleurésie sèche diaphragmatique. — M. DE LANGENHAGEN, de Plombières, chez un tuberculeux arthritique, porteur d'une lésion limitée au sommet droit et paraissant enrayée, observa à plusieurs reprises pendant tout un hiver des poussées de pleurite sèche siégeant tout à fait à la base, loin du foyer tuberculeux, qui restait parfaitement silencieux. L'une de ces poussées gagna la plèvre diaphragmatique et, au milieu des symptômes propres à la pleurésie diaphragmatique (douleurs au niveau des insertions chondro-costales du muscle, dyspnée intense, etc.), se montra un phénomène assez particulier : le malade avait de fréquentes éructations, et chacun de ces renvois gazeux s'accompagnait d'une douleur très vive siégeant profondément sur la ligne médiane, le long de l'œsophage et latéralement vers les attaches du diaphragme du côté droit. Cette douleur spéciale, très violente, arrachant des gémissements au malade, persista pendant plusieurs jours, autant que la dyspnée et les autres symptômes et s'amenda progressivement avec eux sous l'influence de la morphine.

L'auteur attribue cette sensation douloureuse au passage des gaz à travers la boutonnière œsophagienne du diaphragme, et aux tiraillements que leur brusque expansion exerçait sur les fibres de ce muscle. Les gaz, refoulés brusquement par régurgitation de la cavité stomacale, distendaient l'œsophage, et cet organe, ainsi dilaté et soumis à une pression anormale, écartait violemment les piliers postérieurs du diaphragme, dont les contractions se propageaient, à travers le centre phrénique, jusqu'aux insertions antérieures du muscle, lesquelles, se trouvant en rapport avec la plèvre malade, étaient nécessairement très irritables.

Sur l'auscultation des pleurétiques. — M. HERVOUET. On enseigne généralement que le bruit de souffle pleurétique et l'égophonie sont engendrés purement et simplement par la présence d'un épanchement dans la plèvre. On l'explique par le changement de consistance du tissu pulmonaire comprimé. S'il en était vraiment ainsi, le souffle serait constant dans la pleurésie. Or, il ne l'est pas. Beaucoup de cas évoluent complètement sans s'accompagner de ce phénomène stéthoscopique, quelle que soit la quantité de liquide épanché, et d'ailleurs la présence de liquide, en refoulant le poumon, est incapable d'en modifier vraiment la consistance. Il faut donc admettre que, quand il y a bruit de souffle, il est produit par une altération pulmonaire sous-jacente et indépendante (tuberculose, pneumonie, broncho-pneumonies diverses...), réalisant le souffle tubaire, lequel prend un timbre particulier, parce qu'il est transmis à l'oreille par une couche liquide. Le même raisonnement s'applique à l'égophonie qui est aussi inconstante que le souffle. Conclusion : le souffle pleurétique et l'égophonie nous renseignent non sur l'état de la plèvre, mais sur l'état du poumon.

De la simulation de la tuberculose pulmonaire par certaines infections bronchiques aiguës. — M. E. CASSAET, de Bordeaux. Il est impossible d'avoir une opinion assise, en l'absence du contrôle bactériologique. Ayant procédé à l'examen systématique et sérié des crachats d'un nombre assez considérable de malades qui affectaient tantôt le type clinique de la phtisie galopante avec son amaigrissement, sa fièvre, son expectoration verdâtre et sanguinolente, ses râles cavernuleux et tous les signes de l'hecticité; tantôt celui de la tuberculose fibro-ulcéreuse subaiguë; tantôt celui de la granulie avec les poussées arthralgiques, les hémoptysies, la cyanose, l'entérorragie, la méningite fruste et même la paralysie faciale; tantôt celui de l'infiltration sous-claviculaire et unilatérale, j'ai pu me rendre compte que, bien loin de retrouver dans ces cas le bacille de Koch, on pouvait ne rencontrer que des espèces banales comme le streptocoque ou plus spécifiques comme le pneumocoque.

Il faut donc être de plus en plus affirmatif sur l'insuffisance de la clinique, livrée à elle seule, quand il s'agit de ces infections bronchiques diverses et sur la nécessité du contrôle bactériologique. Le fait est d'autant plus patent qu'au regard de ces formes bronchitiques, d'abord aiguës et plus stables ensuite, on pourrait facilement placer l'histoire d'autres bron-

chites, véritablement tuberculeuses celles-là, et qui n'en évoluent pas moins avec une très grande bénignité, pour s'éteindre ensuite d'une manière définitive, autant qu'on peut en juger par une expérience datant en ce moment de six années.

Pathogénie et variétés cliniques de l'ascite paludéenne. — M. H. DE BRUN, de Beyrouth. L'ascite paludéenne peut être observée dans deux conditions bien différentes : tantôt elle coexiste avec d'autres épanchements et avec l'anasarque et constitue alors une des localisations de la cachexie palustre hydrémique ; tantôt, au contraire, elle existe isolément chez des malades absolument dépourvus d'œdème. La première espèce est relativement fréquente et a été bien décrite par nos médecins militaires. La seconde est beaucoup plus rare ; elle est peu connue, c'est sur elle que je veux attirer l'attention.

Les ascites paludéennes non hydrémiques ne reconnaissent pas toujours la même cause, et l'on peut les diviser au point de vue pathogénique en trois variétés bien distinctes :

Dans la première, je rangerai celles qui résultent de l'atrophie paludéenne du foie. La cirrhose atrophique paludéenne, macroscopiquement et microscopiquement identique à la cirrhose alcoolique de Laënnec, est aujourd'hui pour beaucoup d'auteurs hors de contestation. Cependant comme la question étiologique a pu, dans un certain nombre de cas, donner matière à discussion, je mentionnerai brièvement deux observations personnelles qui suffiraient à lever les derniers doutes. Il s'agit de deux femmes observées à six années d'intervalle l'une de l'autre, paludéennes avérées toutes les deux, ayant eu toute leur vie des accès de fièvre intermittente rebelle, présentant toutes les deux les altérations du sang caractéristiques de l'impaludisme, et qui entrèrent dans mon service pour une ascite que je rattachai à une cirrhose atrophique. L'autopsie confirma le diagnostic dans les deux cas. Or la première malade, appartenant à la secte des Métoualis, vivait dans la région du Merdj-Onioun, pays remarquable par son impaludisme et où les indigènes n'ont, de mémoire d'homme, jamais bu de vin ni de liqueurs alcooliques ; la seconde appartenait à la religion druse dans laquelle les hommes de la classe des fellahs ne boivent jamais que de l'eau. Ce qui caractérise cette variété d'ascite paludéenne, c'est sa ténacité, sa gravité, la rapidité avec laquelle se reproduit l'épanchement après chaque ponction et la terminaison presque fatale de l'affection.

La seconde variété, beaucoup plus rare, résulte de la périsplénite survenant au cours de la splénomégalie palustre. Elle est caractérisée par de longues et violentes douleurs spléniques survenant au cours d'un impaludisme incontestable avec hypertrophie, induration et adhérences de la rate. L'épanchement, lent à se produire, progresse sans cesse, sans provoquer pour son propre compte de douleurs abdominales, et sans s'accompagner, au moins pendant les premiers mois, d'autres phénomènes généraux que ceux de l'impaludisme. Malheureusement mon observation ne me permet de formuler jusqu'à présent aucune conclusion relative au pronostic et à la terminaison de cette variété d'ascite palustre.

La troisième variété paraît devoir être attribuée à une congestion péritonéale analogue aux congestions pulmonaires, rénales et spléniques qui précèdent les sclérosés palustres] Elle n'a été, à ma connaissance, signalée nulle part, et est caractérisée par son début insidieux, son indolence absolue, l'absence de tout phénomène réactionnel et de toute manifestation subjective. Elle se distingue de la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse par le défaut de douleurs abdominales, de frottements pleuraux, d'œdème des parois du ventre, par l'absence de virulence tuberculeuse de l'épanchement et par la rapidité avec laquelle, sous l'influence de la quinine, on voit le liquide se résorber en même temps que disparaissent les autres manifestations de l'impaludisme.

De quelques particularités des verrues, molluscums et végétations. — M. BARTHÉLEMY. Ces productions sont contagieuses, auto-inoculables, peuvent disparaître spontanément ou subitement. On les observe parfois associées, dans la sphère génitale, où elles constituent des hybrides pathologiques très intéressantes. On peut dissocier de cette association morbide l'élément syphilis en faisant une injection d'huile grise (3 gouttes 1/2 correspondant à 7 centigr. de mercure) à l'aide d'une seringue spéciale exactement calibrée, qui a été imaginée par M. Barthélemy.

Calcul stomacal volumineux. — M. GARNIER montre un calcul stomacal, formé d'une concrétion phosphatique. Vu le diamètre du calcul, celui-ci n'aurait jamais pu franchir le pylore. Il a pris naissance dans l'estomac. Les phosphates terreux ne peuvent provenir que de l'alimentation. Pendant la digestion, il y a des liquides acides dans l'estomac et dissolvant les phosphates terreux des éléments végétaux, par exemple. Dans l'intervalle de la digestion, la réaction muqueuse doit avoir reprécipité ces concrétions. Si la période d'acidité eût été prédominante, cette reprécipitation n'aurait pas eu lieu. Le mucus a servi d'agglomérant.

L'ammoniaque du phosphate amoniaco-magnésien provient des fermentations intestinales ayant franchi le pylore ; du reste, il y avait gastrite chronique et les phénomènes de putréfaction ont pu se produire dans l'estomac.

Transmissibilité du cancer à l'animal. Application à la sérothérapie du cancer — MM. DUBOIS et BAR, de Lyon, montrent qu'il ne s'agit nullement, dans ces cas, de transmission d'un cancer à l'animal ; il s'agit simplement de développement de tumeurs purement inflammatoires. Quant à l'effet des sérums sur les cancers il est d'ordre vaso-moteur et très passager.

Le pronostic des albuminuries. — M. ARNONZAN, rapporteur. *Conclusions.* — 1° Les connaissances chimiques actuelles ne permettent pas de différencier nettement les corps albuminoïdes, ceux de l'urine en particulier où, à côté des peptones et des propeptones, on trouve de la sérine, de la globuline, de la nucléo-albumine. On ne sait s'il en existe d'autres variétés qui correspondraient à un processus pathologique particulier.

2° L'albuminurie ne fait pas partie de l'urine normale, on a pu la trouver chez un grand nombre d'individus présentant les apparences de la santé, sans avoir établi chez eux le pronostic ultérieur de cette albuminurie.

3° L'albumine peut apparaître dans l'urine par suite du ralentissement de la circulation du sang dans le rein, par suite d'altérations sanguines ou de lésions de la membrane filtrante. Les altérations sanguines sont souvent les premières en date sans qu'on puisse penser que le rein élimine des albumines, *dites anormales* ; il se produirait dans ce cas une action vraiment dépuratrice, dont la réalité n'est pas démontrée.

4° Dans les cas de lésions épithéliales du rein, d'inflamma-

tion de cet organe, l'albumine est probablement un produit d'exsudation inflammatoire, comme on peut en trouver dans les exsudats de toutes les muqueuses enflammées.

5° L'abondance et les variations de l'albumine sont d'un médiocre secours pour le pronostic. Les éléments figurés de l'urine et sa composition chimique ont une importance plus élevée. C'est l'état de la fonction rénale plus que la dose d'albumine qui fait le pronostic.

6° L'albumine n'est pas, cependant, un symptôme sans importance : elle indique toujours un trouble vasculaire ou nutritif du rein.

7° L'albuminurie aboutit souvent au mal de Bright qui ne pardonne pas. Mais toutes les albuminuries n'y aboutissent pas.

8° L'albuminurie accompagne la plupart des fièvres graves et guérit avec elles ; elle aggrave toujours le pronostic des infections.

9° Si l'albuminurie survit à la convalescence, avec disparition des germes pathogènes dans l'urine, elle tend à passer à l'état chronique et le malade est sur le chemin du mal de Bright où il peut aboutir après des espaces de temps quelquefois longs, mais où il n'aboutit pas fatalement.

10° Le pronostic des albuminuries toxiques, consécutives à la plupart des empoisonnements et même à l'usage prolongé de beaucoup de remèdes, est généralement mal établi.

11° L'albuminurie affecte assez souvent la forme cyclique, intermittente, paraissant dans l'urine du jour, disparaissant dans celle de la nuit, oscillations parallèles à celles de la toxicité urinaire et s'observant dans les albuminuries permanentes chroniques. L'albuminurie cyclique ne mérite pas le nom d'entité morbide.

12° L'albuminurie minima représente une altération du même genre que la cyclique : reste d'une néphrite infectieuse, début latent d'un mal de Bright, ou manifestation d'une auto-intoxication légère.

13° Dans la dilatation d'estomac, les entérites, l'étranglement interne, les maladies du foie, le surmenage, peut-être même dans les néphrites *a frigore* et les brûlures, l'auto-intoxication joue un rôle important dans l'étiologie et le pronostic de l'albuminurie qui peuvent survenir au cours de ces affections.

14° Si l'auto-intoxication aiguë peut provoquer une néphrite aiguë évoluant ensuite pour son propre compte, les auto-intoxications chroniques et légères ne cessent de gouverner les albuminuries quelles provoquent, celles-ci pouvant guérir quand leur cause pathogénique cesse.

15° Si le trouble de la sécrétion urinaire a duré trop longtemps, la cause cessant, l'albuminurie persiste et une néphrite à marche chronique se constitue.

16° Un mauvais régime, une mauvaise hygiène et surtout l'hérédité favorisent la pérennité de ces albuminuries. L'albuminurie de la mère se transmet directement au nouveau-né et ce dernier est plus qu'un autre disposé à succomber aux suites d'une néphrite infectieuse.

17° L'albuminurie compliquant le diabète est le signe de l'établissement d'une néphrite ; en général, plus l'albuminurie est élevée, plus le sucre diminue. Le pronostic s'ag grave en raison de cette progression.

18° Dans la tuberculose, l'albuminurie peut revêtir plusieurs formes : néphrite infectieuse à marche lente, mais irrémédiable dans la tuberculose rénale ; albuminurie d'auto-intoxication à grandes oscillations chez les tuberculeux à fièvre, à estomac dilaté et à gros foie ; néphrite due à l'intoxication due par la tuberculine dans les cas de tuberculose atténuée et peut-être dans les formes d'albuminurie prétuberculeuse.

19° En définitive, l'albuminurie reconnaît deux grandes séries de causes : les infections, les intoxications. Si celles-ci sont d'emblée très intenses, l'albuminurie peut arriver à la désorganisation rapide du rein, à l'urémie et à la mort. Si elles sont modérées, l'albumine pourra exister sans provoquer de troubles importants et cesser avec la disparition de la cause provocatrice, à moins que des causes spéciales (mauvaise hygiène, hérédité malheureuse) ne favorisent la pérennité de l'albuminurie.

M. Talamon, rapporteur.— Les éléments du pronostic de l'albuminurie doivent être cherchés : A. Dans les caractères de l'albuminurie elle-même ; B. Dans la composition du milieu urinaire ; C. Dans les conditions étiologiques ou pathogéniques de l'albuminurie ; D. Dans les conditions individuelles et l'état général du sujet atteint ; E. Dans les phénomènes associés ou connexes en rapport avec la lésion rénale.

A. — *Caractères de l'albuminurie.* — 1° *La quantité d'albumine.* - La gravité du pronostic n'est pas proportionnelle à la quantité d'albumine ; la seule règle pronostique est celle-ci : une proportion élevée d'albumine, coexistant d'une façon permanente avec une polyurie élevée de 2 à 4 litres par jour, est d'un pronostic grave ; elle indique soit le gros rein blanc amyloïde, soit l'atrophie rouge à marche rapide. Les minimes proportions d'albumine (0,50 pour 1000) n'impliquent un pronostic sérieux que si le milieu urinaire est pâle, pauvre en principes organiques : on peut craindre l'existence d'un rein atrophié.

Les indications fournies par le taux de l'albuminurie manquent en général de précision. Le passage de l'albumine dans l'urine tient à deux ordres de conditions : les unes organiques (altération des glomérules) ; les autres mécaniques (abaissement de la pression sanguine et diminution de vitesse du courant sanguin (Runeberg, Lecorché et Talamon). L'albuminurie nous renseigne mal sur les lésions des glomérules ; tout ce qu'on peut dire c'est que si, malgré une circulation active et une pression élevée, il passe beaucoup d'albumine, les lésions glomérulaires sont étendues et diffuses. Si avec une pression et une vitesse moyennes, c'est-à-dire une proportion d'eau à peu près normale, l'albuminurie est peu abondante, on peut penser que la surface glomérulaire lésée est peu étendue. Si le taux de l'albuminurie donne, en général, des indications pronostiques vagues, la quantité d'albumine peut, dans certaines conditions déterminées, fixer le pronostic immédiat.

2° *La qualité de l'albumine.* — La non-rétractilité du coagulum albumineux sous l'influence de la chaleur que Bouchard pensait être le signe d'une albuminurie dyscrasique, sans lésion rénale, tient plus à la quantité qu'à la qualité de l'albumine ; il suffit souvent d'ajouter du sel ou un acide pour obtenir le coagulum. Dans certaines urines hautes en couleur et très denses, on peut, en versant de l'acide nitrique dans un verre conique contenant de l'albumine, obtenir, au-dessus du nuage albumineux, un anneau épais et marqué d'acide urique ; c'est le signe de lésions superficielles. Ce caractère se montre dans les albuminuries

fébriles, les albuminuries cardiaques et les albuminuries pré-goutteuses.

Dans certains cas d'urines pâles et d'une faible densité, à la suite de la réaction précitée, il se forme un coagulum albumineux épais et au-dessous de lui une zone violette d'indican qui ne tarde pas à colorer le coagulum dans lequel il se diffuse; c'est un signe grave, un signe de lésion profonde du rein. Dans d'autres urines encore pâles et peu denses, sous l'influence de l'acide nitrique, on détermine un disque mince d'albumine avec, au-dessous, un disque ou un cercle rose d'uro-hématine, fait qui s'observe aussi bien dans l'albuminurie du rein contracté, dans l'albuminurie sénile avec artério-sclérose généralisée, que dans l'albuminurie des adolescents anémiques et névropathes. Tels sont les caractères physiques du précipité.

Voici les propriétés chimiques: l'albumine urinaire est formée de deux corps albuminoïdes, la sérine et la globuline, auxquelles il faut ajouter d'autres corps albuminoïdes, peptones, pro-peptones, nucléo-albumines, dont on ne connaît pas la valeur pronostique. La globuline se rencontrerait plus souvent dans certaines albuminuries, celle amyloïde par exemple (Senator, Talamon). Le rapport de la sérine avec la globuline, ou quotient albumineux obtenu en divisant le chiffre de la sérine par celui de la globuline, doit être pris en considération. D'une manière générale, l'abaissement du quotient albumineux est toujours un signe d'aggravation; avec un quotient au-dessous de 1, le pronostic devient très grave.

3° *Les variations quotidiennes de l'albuminurie.* — Se basant sur ces variations, on a créé tout un groupe d'albuminuries dites fonctionnelles pour les opposer aux lésionnelles, prétendant que les premières n'avaient pas un pronostic grave parce qu'elles n'étaient pas liées à une lésion du rein; conclusion à coup sûr erronée. Cette intermittence existe dans toutes les néphrites à des degrés plus ou moins variables et correspond à l'activité de la circulation rénale.

B. — *Composition du milieu urinaire.* — 1° *Le milieu chimique.* — Une forte proportion d'albumine dans une urine pâle, abondante, de faible densité, pauvre en urée et en acides minéraux, est d'un pronostic grave. Une faible proportion d'albumine dans une urine colorée, d'une densité normale, peu abondante, riche en urée et acide urique, est d'un pronostic bénin. Les variations de l'eau urinaire tiennent le premier rang au point de vue pronostique; ces variations sont la meilleure mesure de la tension artérielle, et en rapport avoc cette tension. Si ce rapport cesse, l'équilibre est rompu et toutes les conséquences de l'asthénie cardio-vasculaire se montrent. Les indications fournies par les variations de l'urée sont aussi importantes.

L'élimination de l'urée est sous la dépendance de deux facteurs : *a*) l'état de la nutrition générale; *b*) l'état des grosses cellules tubulaires. Une urée normale au cours de l'albuminurie est d'un bon pronostic. Son abaissement est de mauvais augure; cet abaissement, qui est quelquefois le signe d'une lésion locale s'aggravant, ou de l'affaiblissement de la nutrition générale, tient souvent à un régime lacté trop longtemps prolongé.

2° *Éléments figurés.* – Les cylindres hyalins n'ont aucune valeur pronostique, ils peuvent se rencontrer dans les urines normales. Les cylindres épithéliaux et hémorragiques dans une urine très albumineuse sont l'indice d'une néphrite aiguë diffuse. Les cylindres cireux et granuleux sont d'un mauvais pronostic (gros rein blanc). Une urine couleur feuille morte est d'un pronostic plus grave qu'une urine rouge rutilante; la première contiendrait du sang pur, la seconde de l'hémoglobine ou de la methémoglobine : on trouve souvent ce caractère au cours de certaines néphrites aiguës. Une albuminurie hémorragique chronique est toujours d'un pronostic grave : elle se rattache soit à de la néphrite tuberculeuse, soit à un cancer du rein, soit à une forme subaiguë du mal de Bright qui entraîne la mort en quelques mois.

C. — *Conditions étiologiques et pathogéniques.* — Dans un premier groupe, nous plaçons les albuminuries de pronostic bénin liées à un trouble passager de la fonction rénale : celles qui tiennent à un trouble circulatoire, d'origine mécanique ou nerveuse; les albuminuries fébriles, et les albuminuries épisodiques se produisant au cours des affections locales aiguës ou chroniques.

Dans un second groupe il faut placer les albuminuries dont le pronostic est plus grave : c'est l'albuminurie du rein amyloïde des suppurations prolongées, celle de la syphilis et de la tuberculose.

Dans un 3e groupe de cas, la notion étiologique ne fournit que des données insuffisantes. Dans les albuminuries toxiques (phosphore, cantharide), le pronostic dépend de la quantité de poison absorbé et de l'état antérieur des reins. Chez le plombique et le goutteux, il tient à la durée de l'intoxication ou de la maladie, etc.

D. — *Conditions individuelles du sujet atteint.*— 1° *Age.* — Une albuminurie constatée chez un sujet qui a dépassé 50 ans doit inspirer plus de craintes qu'une albuminurie observée dans l'enfance ou l'adolescence parce que : *a* Les autopsies montrent que le symptôme dans la vieillesse est ordinairement liée à une atrophie avancée de l'organe : *b*. Parce qu'à cet âge la rupture de l'équilibre entre l'organe lésé et l'organisme est plus facile que dans le jeune âge.

L'albuminurie juvénile offre moins de gravité à cause de l'âge des sujets, mais le pronostic ultérieur de cette albuminurie peut être grave, une néphrite chronique pouvant s'installer.

2° *L'hérédité.* — Son rôle dans l'évolution de l'albuminurie est mal connu. Toutefois, il semble . (*a*) que l'albuminurie héréditaire n'aboutit que très lentement aux accidents ultimes du mal de Bright; (*b*) qu'elle apparaît de très bonne heure, dans l'enfance ou l'adolescence. L'hérédité ne change pas le pronostic immédiat de ces albuminuries juvéniles.

E. — *Phénomènes associés ou connexes en rapport avec l'albuminurie.* — 1° *Phénomènes d'ordre circulatoire.* — L'hypertrophie du cœur et l'induration des artères indiquent une atrophie rénale avancée. L'absence de ces lésions comporte un pronostic relativement bon. L'hypertrophie du cœur assure cependant, quand elle est modérée, un équilibre salutaire, quoiqu'elle soit toujours l'indice d'une lésion grave du rein. L'absence d'hypertrophie cardiaque est même un signe de mauvais augure, si elle coïncide avec une albuminurie abondante. Dans ces cas l'œdème et l'anasarque ne tardent pas à venir aggraver le pronostic; l'hydropisie est toujours d'un pronostic sérieux.

2° *Phénomènes d'ordre nerveux.* — Je ne parlerai pas des grands symptômes (coma, convulsions, délire, etc...), mais de ceux qui constituent la petite urémie. La céphalée, les troubles visuels ou auditifs, l'hyperesthésie, les myalgies, les névralgies, sont sans doute des prodromes d'urémie; mais il ne s'ensuit pas que leur coexistence avec l'albumi

nurie doive faire diagnostiquer une lésion rénale grave ; ils peuvent simplement tradu re une névropathie associée. Souvent même, ces symptômes nerveux chez les adolescents sont liés à l'albuminurie uricémique ou prégoutteuse d'un pronostic immédiat bénin. D'autre part, chez les sujets plus âgés, la goutte, l'artério-sclérose, le diabète, l'alcoolisme, provoquent par eux-mêmes les mêmes troubles nerveux périphériques, que les urines contiennent ou non de l'albumine. Il serait erroné d'attribuer toujours l'albuminurie à une lésion rénale profonde. Les troubles nerveux susmentionnés n'ont une signification pronostique réelle que lorsqu'ils se constatent chez un sujet chroniquement albuminurique présentant d'autres signes de lésions diffuses et profondes du rein.

3° *Etat général.* — L'anémie et l'asthémie ne sont pas directement proportionnelles à la gravité de l'albuminurie, quoiqu'elles soient toujours symptomatiques de la lésion du rein. La pâleur bouffie des téguments, une teinte terreuse de la face, indiquent un état général défectueux, avant-coureur d'accidents redoutables, mais il ne faut pas oublier que, si la *cachexie anémique* est souvent fonction de la maladie rénale, elle peut aussi tenir à une thérapeutique défectueuse (cachexie lactée). Il n'est pas rare aussi, chez des neurasthéniques avec anxiété mentale, de voir l'état de faiblesse générale s'associer à une albuminurie légère ; cela témoigne d'une lésion récente et minime du rein très susceptible de guérison avec l'amendement des phénomènes généraux.

Au moment de la puberté et de l'adolescence, l'anémie, l'asthénie et l'albuminurie se montrent fréquemment associées ; chez les jeunes filles, on pense à la chlorose, mais l'albuminurie est exceptionnelle dans la chlorose vraie, il ne s'agit pas de chlorose mais de pseudo-chlorose ; l'anémie est symptomatique de l'albuminurie et non l'albuminurie de l'anémie. L'albuminurie est en rapport avec une lésion rénale légère due elle-même à des causes variables. Ainsi donc, légère ou très prononcée, l'anémie n'est pas l'indice de la gravité de l'atteinte portée directement à l'organisme par la lésion rénale. Elle tient à la susceptibilité des fonctions hématopoïétiques à cette époque du développement de l'organisme et, dans la grande majorité des cas, l'association de l'albuminurie à l'anémie comporte un pronostic relativement bénin : exception sera faite pour la variété d'albuminurie en rapport avec l'aplasie artérielle, mais, dans ces cas dont le pronostic est celui du petit rein contracté, la polyurie et l'hypertrophie du cœur sont la signature d'une atrophie rénale.

Pronostic des diverses variétés d'albuminurie. — Le pronostic immédiat n'entraîne pas nécessairement le pronostic éloigné. L'albuminurie scarlatineuse aiguë, par exemple, inquiétante dans le présent, peut être sans conséquence dans l'avenir. Au contraire l'albuminurie goutteuse ou saturnine pourra évoluer ultérieurement vers l'atrophie rénale. Ce qui domine le pronostic de toute albuminurie, c'est la crainte du mal de Bright. S'il est des cas où on peut prévoir le pronostic, il en est d'autres plus nombreux où la réserve s'impose. Les règles du pronostic sont subordonnées aux deux questions suivantes : Pendant combien de temps l'albuminurie peut-elle persister sans troubles physiologiques ? Sur 100 albuminuriques, combien aboutissent à un mal de Bright confirmé ?

Il est absolument impossible de résoudre définitivement ces deux questions. Si, sur 100 adultes en apparence sains, 25 présentent de l'albuminurie dans l'urine, si, sur 100 malades pris au hasard dans un hôpital, la proportion des albuminuriques s'élève à 52, il est bien certain que le mal de Bright n'occupe pas sur les tables de mortalité un rang aussi élevé et qu'on ne saurait lui attribuer la moitié ou le quart des décès de l'espèce humaine ; mais, d'autre part, les tables mortuaires (statistiques anglaises) donnent le chiffre de 1 pour 100 comme taux de la mortalité par le mal de Bright, chiffre qui est trop bas. Il est de nombreux malades qui ne sont pas cliniquement diagnostiqués brightiques et qui en réalité ont des lésions grossières du rein à l'autopsie (70 pour 100 chez les vieillards).

Un médecin d'une des grandes Compagnies américaines d'assurances sur la vie a essayé d'établir les rapports de fréquence du mal de Bright à l'albuminurie : la mort par maladie de Bright ne se produit pas dans plus de 17 pour 100 des cas classés sous la rubrique albuminurie. Le nombre des sujets examinés dont l'urine contenait de l'albumine et qui par ce motif ont été refusés s'élève à 157. Sur ce total 57 ont succombé dans l'espace de 13 à 14 ans ; 16.6 pour 100 des décès sont attribués au mal de Bright ; 5 84 pour 100 à une affection cardiaque. Mais cette statistique n'est pas décisive, car il faudrait savoir dans quelles proportions les 83 pour 100 des sujets dont la mort a été attribuée à des causes autres que le mal de Bright se trouvaient réellement indemnes de toute lésion et de tout symptôme brightique. Il faut donc se contenter de catégoriser les albuminuriques.

Albuminuries fébriles. — L'albuminurie est constante dans les maladies fébriles si on la recherche systématiquement. Elle n'est pas due à l'élimination des microbes ; elle traduit la perturbation vaso-motrice du rein produite par les toxines. C'est donc là un symptôme banal. Nous avons vu guérir des pneumoniques et des typhiques avec des albuminuries de 2 ét 5 grammes, nous en avons vu mourir avec des traces d'albumine dans l'urine. Ce qui importe au pronostic des maladies fébriles dans le trouble des fonctions urinaires, ce n'est pas la quantité d'albumine, c'est la proportion d'eau sécrétée. La constitution de l'albuminurie n'offre pas non plus beaucoup d'intérêt (globuline, hémialbumose, peptone, parfois traces de sang). La règle est que l'albuminurie fébrile précoce disparaisse complètement avec la fièvre, mais elle peut aussi : 1° persister sans s'aggraver ; 2° persister en s'aggravant ; 3° reparaître sous la forme d'un mal de Bright aigu avec toutes ses conséquences.

Le pronostic de l'albuminurie secondaire des maladies aiguës est nécessairement plus grave que celui de l'albuminurie initiale fébrile. L'importance de l'albuminurie scarlatineuse par exemple est hors de conteste ; dans l'étiologie du mal de Bright, la scarlatine doit occuper le même rôle prépondérant que le rhumatisme articulaire aigu dans l'étiologie des affections cardiaques.

Albuminurie cardiaque. — Elle est liée à l'abaissement de la pression glomérulaire, par conséquent à toute insuffisance cardiaque. Elle n'a aucune valeur pronostique propre. Elle disparaît dès qu'on réussit à relever la tonicité cardio-vasculaire. La permanence de l'albuminurie est-elle due à une transformation des lésions rénales ? Nous pensons plutôt qu'il s'agit d'une néphrite subaiguë intercurrente se greffant sur la stase veineuse, comme une pneumonie se

greffe sur un poumon cardiaque. Cette lésion rénale aggrave singulièrement le pronostic de la cardiopathie ; en somme le pronostic de l'albuminurie au cours des affections mitrales ou cardio-pulmonaires est bénin si on peut relever le myocarde. Par contre, la coexistence de l'albuminurie avec une affection aortique (insuffisance) est de mauvais augure chez les sujets jeunes. Elle est plutôt due à l'ischémie artérielle qu'à la stase veineuse. Sa symptomatologie est celle d'une néphrite hémorragique subaiguë. Il s'agit probablement d'une infection subaiguë surajoutée à l'ischémie artérielle. Le syndrome affection cardiaque et albuminurie hémorragique peut être lié à une embolie rénale ; ces infarctus se réparent (autopsie).

Albuminurie saturnine. — L'albuminurie transitoire ou intermittente est fréquente chez les saturnins jeunes ou âgés. L'altération du rein qu'elles traduisent peut aussi être absolument latente et ne pas s'accompagner d'albuminurie. C'est après 40 ans que se révèle la néphrite saturnine ; les adjuvants étiologiques sont : l'hygiène défectueuse, une maladie intercurrente, l'alcoolisme, etc... Dans l'urine, on ne constate aucune modification en dehors de la présence assez fréquente d'albumine (abondante, transitoire ou intermittente). Le cœur est normal, on n'observe pas d'œdème ; vers l'âge moyen de la vie, à ces symptômes s'ajoutent la polyurie, l'augmentation de la tension artérielle, l'hypertrophie du cœur. Tant que le myocarde assure la persistance de la polyurie, le pronostic n'est pas très grave.

Albuminurie goutteuse. — Le rein goutteux est l'analogue du rein saturnin et ce que nous venons de dire de la néphrite saturnine on peut l'appliquer à la néphrite goutteuse. Chez les vieux goutteux, il existe souvent une association de lésions pyélitiques et rénales (ammoniémie, urémie).

Albuminurie diabétique. — Elle existe dans 43 p. 100 des cas (Bouchard) et dans les cas qui appartiennent à ce que M. Lecorché appelle le diabète goutteux. L'albuminurie a les caractères d'intermittence, de bénignité relative, de lenteur dans l'aggravation qu'on observe dans l'albuminurie goutteuse (d'ailleurs ces sujets sont fréquemment goutteux ou graveleux). Les autres cas d'albuminurie se rattachent à des lésions cardiaques ou à une tuberculose pulmonaire compliquant la diabète.

Le pronostic est relativement bénin, si l'albumine se maintient au-dessous de 1 pour 1000. Sur 120 cas de diabète terminé par la mort, Frerichs n'en trouve que 8 où cette terminaison ait été amenée par une néphrite chronique. Sur 114 observations de diabète chez la femme, M. Lecorché a noté seulement dans 6 cas une albuminurie abondante avec symptômes de mal de Bright. La substitution d'une forte proportion d'albumine au sucre dans l'urine est d'un très mauvais augure.

Albuminurie de la grossesse. — Le pronostic de ces albuminuries est complexe ; il est commandé par un autre phénomène grave de l'évolution gravidique, l'éclampsie. Celle-ci est due à une intoxication qui n'est pas encore nettement déterminée et qui n'implique pas une lésion rénale. Il est des cas d'éclampsie sans albuminurie. Les statistiques indiquent une proportion de 20 pour 100 pour le pourcentage de l'albuminurie dans la grossesse. Les statistiques montrent aussi qu'en supposant que toutes les éclamptiques étaient albuminuriques et que toutes les albuminuries étaient antérieures à l'éclampsie, sur 100 femmes enceintes albuminuriques, 1.7 seulement devient éclamptique, ce qui constitue une proportion assez rassurante. Ce qui donne une physionomie spéciale à l'albuminurie gravidique, c'est l'existence de 2 phénomènes : compression et dilatation des uretères, surcharge graisseuse des épithéliums canaliculaires, phénomènes qui seuls, à notre avis, sont en relation directe avec la gestation et qui n'influent que comme causes adjuvantes sur l'albuminurie. Quant à l'évolution de l'albuminurie même, il faut distinguer le pronostic de l'albuminurie post ou co-éclamptique (toxique ou nerveuse) ; celui-ci se confond avec le pronostic de l'éclampsie et disparaît avec elle. L'albuminurie du travail est un phénomène épisodique et transitoire dû à la gêne de la circulation abdominale.

L'albuminurie *post partum* puerpérale est une albuminurie infectieuse, fébrile, et son pronostic est celui de toutes les albuminuries fébriles. Reste l'albuminurie constatée au cours même de la grossesse. Elle se rattache à une néphrite évidente et latente, antérieure à la conception, ou à quelque affection accidentelle et intercurrente qui aurait aussi bien déterminé de l'albuminurie en dehors de toute grossesse. Ici nous avons 3 pronostics à faire : Immédiat, prochain, éloigné.

Quand l'albuminurie ne dépasse pas 1 gramme pour 1000, l'urine restant sensiblement normale, le pronostic immédiat est celui de l'albuminurie minima en général (ce pronostic est relativement bénin pendant les 6 premiers mois de la grossesse) ; mais cette constatation commande une surveillance constante, car, tant que la grossesse n'est pas terminée, on redoutera l'éclampsie, une poussée aiguë de néphrite brightique, une complication liée à l'exagération de la stéatose gravidique des épithéliums rénaux, à la compression des uretères. Une albuminurie abondante (dépassant 2 pour 1000) avec anasarque, oligurie, urémie, comporte un pronostic grave ; l'accouchement prématuré et l'avortement s'observent en effet dans plus de 3/4 des cas, surtout à la fin de la grossesse ; l'éclampsie est imminente. 137 cas (dont 52 morts) ont été réunis par Hoffmeier sur un total de 5000 accouchements. Le rapport des albuminuries graves à toutes les albuminuries gravidiques est de 1.4 pour 100, proportion qui se rapproche de celle que nous avons indiquée pour l'éclampsie.

Que devient l'albuminurie, la grossesse terminée ? On a dit qu'elle disparaît rapidement après l'accouchement. Cela est vrai pour l'albuminurie du travail, pour celle post-éclamptique et pour nombre d'albuminuries intercurrentes qui peuvent même disparaître au cours de la grossesse et au moment de la délivrance. Mais cela est moins exact pour l'albuminurie liée à une néphrite prégravidique et pour celle des néphrites aiguës, quand la malade résiste jusqu'à l'accouchement prématuré ou non. La stéatose épithéliale disparaît, les œdèmes se résorbent, l'urine devient plus abondante et l'albuminurie se comporte comme l'albuminurie de toute néphrite aiguë. La guérison complète est possible comme pour la néphrite scarlatineuse, mais il faut redouter de la voir devenir chronique (avec poussées aiguës sous l'influence d'une nouvelle grossesse).

Albuminurie tuberculeuse. — Sur 100 tuberculeux pris au hasard, la moitié au moins présente de l'albumine dans l'urine. Toutes les causes de l'albuminurie se trouvent en effet réunies chez les tuberculeux. Elle ne fixe l'attention que lorsque les lésions rénales sont assez avancées pour donner leur note. Parmi ces albuminuries, il en est d'accidentelles

de transitoires. Celle qui a été étudiée par Teissier sous le nom de prétuberculeuse mérite plutôt le nom de prodromique : elle est intermittente, matinale ; les urines sont décolorées, faiblement acides, de densité élevée, riches en phosphates. Elle s'observe chez les jeunes gens. C'est la première manifestation de l'imprégnation de l'organisme par la tuberculine. Le pronostic indiqué par Teissier est trop bénin : ce peut être souvent la première étape d'une néphrite ultérieure plus grave.

Les autres albuminuries tuberculeuses qui intéressent le pronostic sont : 1° L'albuminurie purulente (pyélo-néphite) : l'évolution en est parfois assez lente ; 2° L'albuminurie hémorragique continue, avec ou sans œdème généralisé (à l'autopsie gros rein mou bigarré sans granulations tuberculeuse) : il s'agit d'une imprégnation de la substance rénale par la tuberculine. Le pronostic est rapidement fatal (2 à 4 mois) ; 3° L'albuminurie tuberculeuse polyurique avec anasarque et pâleur cire blanche de téguments. C'est la traduction de la dégénérescence albuminoïde.

J'ai observé et rappporté des cas de gros rein blanc amyloïde chez des sujets dont les lésions pulmonaires ne dépassaient pas ce qu'on appelle le 2° stade de la phtisie et où il n'existait aucune excavation. La mort survient dans un état d'urémie comateuse à bréve échéance.

Albuminuries syphilitiques. — Il existe une albuminurie au début, transitoire, comme l'albuminurie prodomique tuberculeuse, due peut-être à l'action de la toxine syphilitique. Mais ce qui empêche d'en étudier la fréquence, c'est l'action du mercure qui peut provoquer de l'albuminurie. Mais à la période secondaire on peut observer un brightisme syphilitique précoce (albuminurie très abondante, 15 à 20 grammes par litre, anasarque, oligurie, urémie).

L'albuminurie syphilitique précoce peut tuer, guérir (traitement spécifique) ou persister sous forme d'albuminurie latente. Dans ce dernier cas, elle se relie à l'albuminurie syphilitique tardive, indice de l'atrophie rénale avec dégénérescence amyloïde. Cette albuminurie tardive se présente sous l'aspect du mal de Bright avec petit rein ou gros rein, ce qui prouve que l'évolution antérieure à la phase ultime qui amène la mort doit différer. La dégénérescence amyloïde accompagne le petit rein blanc graisseux ou l'atrophie asymétrique du rein (Wagner). Le gros rein blanc amyloïde appartient plutôt à la tuberculose.

Albuminurie minima. — Elle peut s'observer dans toutes les catégories étiologiques sus-indiquées (exceptionnellement elle relève de l'hérédité rénale). La prétendue albuminurie fonctionnelle dépend en réalité d'une lésion du rein. Les variations dans le taux de l'albuminurie (disparition de l'albumine dans le repos au lit) se retrouvent dans l'albuminurie de toute néphrite, de même que les variations sous l'influence de la fatigue, de la digestion, etc. Ces albuminuries minima peuvent persister pendant longtemps. Le pronostic est toujonrs bénin chez les jeunes gens, il n'implique de réserve que pour l'avenir ; elles constituent en effet très souvent une première étape du mal de Bright. On peut établir les catégories suivantes : *a*, Albuminurie minima post-infectieuses ; *b*. Albuminurie minima-prégoutteuse ; *c*. Albumiuurie minima héréditaire ou familiale.

C'est surtout chez les vieillards que le pronostic doit être réservé, surtout si l'albuminurie coexiste avec une polyurie claire, un pouls vibrant et un cœur hypertrophié. Cependant, il est de nombreux cas d'albuminuries séniles, indice d'une usure plus ou moins précoce de l'épithélium glomérulaire, qui ne comportent pas un pronostic grave.

Albuminuries brightiques. — Elles sont liées à des lésions profondes et diffuses du rein et associées à l'œdème, à la dilatation avec ou sans hypertrophie du cœur et à l'urémie. L'anurie est le danger menaçant dans les albuminuries aiguës. L'hydropisie permanente et l'intoxication lente sont le danger dans les cas chroniques. Le péril pourra être conjuré tant qu'on relèvera et qu'on maintiendra la tension artérielle. La guérison quoique exceptionnelle est possible pour les albuminuries brightiques aiguës (scarlatine, pneumonie, syphilis). Pour les considérer comme définitivement guéries, il faut : 1° Que l'albuminurie disparaisse complètement ; 2° Que la polyurie critique ne persiste pas et que l'excrétion de l'eau devienne normale ; 3° Que la proportion des principes constituants : urée, sels et matériaux organiques, remonte et reste au taux physiologique ; 4° Que le cœur ne s'hypertrophie pas ; 5° Que ces conditions persistent pendant plusieurs années.

La règle est que la guérison soit seulement relative ou fonctionnelle : l'albuminurie prend les caractères de l'albuminurie minima. La santé générale paraît normale, mais les signes du petit rein granuleux éclatent, la survie ne dépassera guère plus de 3 à 4 ans. Elle sera d'autant plus courte que le cœur sera plus gros, l'anémie plus prononcée, l'urine plus pâle. Mais il est des cas où des lésions rénales sont compatibles avec une existence très longue : un médecin albuminurique consulta Bright en 1841 ; ce dernier fit un pronostic d'une gravité extrême et ne laissant guère espérer une survie de plus de deux ans ; or ce médecin, chez lequel l'albumine ne disparut jamais de l'urine mourut d'une hémorragie cérébrale à l'âge de 88 ans, 43 ans après le pronostic fatal porté par Bright.

(A suivre).

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 20 août 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Carbonnier et Poret, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Normand, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; Leymarie, pour le 50e d'infanterie ; Sallet, pour le 151 d'infanterie ; Oui, pour le 43e d'infanterie.

— Par décret, en date du 17 août 1896, ont été promus ou nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. Barbier, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Marestaing, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Mahé, Mercier, Puech, Bourdette, Jones, Langlois, Roux, Le Même, Mangin-Bocquet, Bouquet, Raynaud, Brody de Lamotte, Sergent, Dutournier, Briault, Pillard, Beaufort, Barada, Petit

Constant, Cerf, Dreyfus, Ollivier, Briche, Bonhommet, Thouvenin, Grouhel, Faguet, Lefaye, Lorenzi, Haulin, Collin, Strafforielli, Laugier, Schwaab, André, Chocquet, Hannebelle, Pietri, Fourel, Delahousse, Roche, Lefournier, Servas, Brechoteau, Isnard, Scherb, Mouille, Degrand, Lemesle, Candelier, Durand.

— Par décision ministérielle, en date du 20 août 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Huchart, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême ; Bourdon, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; Perrin, pour le 10e d'artillerie ; Lauza, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; Fabre, pour le 126e d'infanterie ; André, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Famechon, pour le 21e d'artillerie ; Marty pour l'hôpital militaire de Belfort ; Schmit, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Gazin, pour le 163e d'infanterie ; Georges, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Sibille, pour le 152e d'infanterie ; Béchard, pour le 2e génie ; Bischoff, pour le 8e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Maupetit, pour le 77e d'infanterie ; Riff, pour le 135e d'infanterie ; Godet, pour le 130e d'infanterie ; Petit, pour le 1er zouaves ; Frilet pour le 4e chasseurs à cheval ; Artigues, pour le 17e chasseurs à cheval ; Auger, pour le 2e dragons ; Marignac, pour le 1er régiment étranger ; Cherpitel, pour le 5e chasseurs à cheval ; Lausac, pour la poudrerie militaire du Bouchet ; Gaillard, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée ; Ravoux, pour le 15e d'infanterie ; Moingeard, pour le 19e escadron du train des équipages,

MM. les médecins aides-majors de première classe Gontier, pour le 99e d'infanterie ; Castaing, pour le 115e d'infanterie ; Dormand, pour le 133e d'infanterie ; Chabrut, pour le 36e d'artillerie ; Roulet, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Jaulmes pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Perrogon, pour le 65e d'infanterie ; Chevron, pour le 4e dragons ; Sabatier, pour le 83e d'infanterie ; Binet, pour le 135e d'infanterie ; Pech, pour le 1er régiment étranger.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 22 août 1896, ont été promus dans le corps de santé de la marine : au grade de médecin principal, M. Curet, médecin de première classe ; au grade de médecin de première classe, M. Dessemond-Sicard, médecin de deuxième classe.

Chemins de fer. — Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des Voyages Economiques. — Dimanche 30 août 1896. Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits. — Départ de Paris, 8 h. matin ; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 15 matin ; départ de Fontainebleau, 10 h. 10 soir ; arrivée à Paris, 11 h. 31 soir. — Prix : 1re classe, 18 fr. ; 2e classe, 16 fr. ; 3e classe, 15 fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° le transport en voiture, les repas, etc... sous la responsabilité de la Société des Voyages Economiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des Voyages Economiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.M., ainsi que dans les bureaux succursales de cette compagnie, à Paris.

La mortalité à Paris. — Pendant la 34e semaine, du 16 au 22 août 1896, le service de la statistique a compté 794 décès au lieu de 821 et de la moyenne 886. L'état sanitaire continue donc à être satisfaisant.

Les maladies épidémiques continuent à être rares (25 au lieu de 37 et de la moyenne 52), la fièvre typhoïde causé 6 décès au lieu de 11 et de la moyenne 10, la r geole 9 au lieu de 8 et de la moyenne 15, la scarlatine 1 lieu de 5 et de la moyenne 4, la coqueluche 6 au lieu d et de la moyenne 6, la diphtérie 4 au lieu de 7 et de moyenne 15.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 69 dé au-dessous de 1 an au lieu de 98 et de la moyenne 11

En outre 22 enfants sont morts de débilité congénitale

Les maladies inflammatoires des organes de la resp tion ont causé 61 décès (au lieu de 58 pendant la sema précédente et au lieu de 66, moyenne ordinaire de la son). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronc aiguë, 6 décès (au lieu de la moyenne 9) ; bronchite ch nique, 16 décès (au lieu de la moyenne 17) ; broncho-p monie, 23 décès (au lieu de la moyenne 19) ; pneumo 16 décès (au lieu de la moyenne 21). Les autres mala de l'appareil respiratoire ont entraîné 25 décès, don sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 177 décès au lieu d moyenne 173 ; la méningite tuberculeuse, 20 décès ; la ningite simple, 14 ; les tuberculoses autres que celles précèdent ont causé 28 décès ; l'apoplexie, la paralys le ramollissement cérébral, 42 décès, et les maladies o niques du cœur, 53 ; le cancer a fait périr 49 personnes. E 27 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 21 suicides et 10 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 445 mariages.

On a enregistré la naissance de 1224 enfants viv 629 garçons et 595 filles, dont 868 légitimes et 356 gitimes. Parmi ces derniers, 48 ont été reconnus immé tement.

On a déclaré la mise en nourrice de 397 enfants, don seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 111 seront n ris au sein et 286 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 80 morts-nés, dont 53 times et 27 illégitimes.

Nécrologie. — Le Dr Glœsel, ancien médecin-maj 1re classe, retiré à Reims où il est mort à l'âge de 80 — Le Dr Baudré, de Neubourg (Eure), reçu en 1864 Le Dr Jouslain (Alphonse), de Paris, ancien mair Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), reçu en 186 Le Dr Leclère, de Martres (Haute-Garonne). — Le Sacquepée, d'Argueil (Seine-Inférieure), reçu en 1870 Le Dr Vannaire, de Gannat (Allier), reçu en 1859. — Dr Vaulot, de Saint-Dié, reçu en 1854. — Le Dr Lagn membre de l'Académie de médecine, très connu par nombreux et remarquables travaux de démographie. — Dr Vacary de St-Rambert-d'Albon (Drôme) t décédé à de 42 ans.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régén teur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladie l'Estomac et des intestins.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au r

Le Gérant : A. Chevalereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.